FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

PARIJS

Année 1973

THÈSE

N° 98

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GIRARD Denis-François Paul

né le 01-01-47 à Paris 12è

Présentée et soutenue publiquement le 1973

LA CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

Étude de 21 cas dans un service d'allergologie

Président : M. BREGEAT, *Professeur.*

Imprimerie AUGUSTIN

41, rue Godot-de-Mauroy — 75009 PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1973

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GIRARD Denis-François Paul

né le 01-01-47 à Paris 12è

Présentée et soutenue publiquement le *19*

LA CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

Étude de 21 cas dans un service d'allergologie

Président : M. BREGEAT, *Professeur.*

Imprimerie AUGUSTIN

41, rue Godot-de-Mauroy — 75009 PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je tiens tout particulièrement à remercier pour l'aide qu'ils m'ont apportée :

M. le Professeur BREGEAT

M. le Professeur GERVAIS

Mme MORAULT

M. MAWAS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544722_0018

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I - DIAGNOSTIC ..... page 1

A - Aspects cliniques

1 - d'une façon générale

2 - Les signes fonctionnels

3 - Les signes physiques

a. la forme palpébrale
b. la forme limbique
c. les formes mixtes
d. les lésions de la cornée

B - Anatomo-Pathologie

1 - Histologie des lésions

2 - la sécrétion

C - Au total

II - LE BILAN ALLERGOLOGIQUE ..... page 7

A - Généralités

B - Schéma

III - LES OBSERVATIONS ..... page 10

IV - CONSTATATIONS et REMARQUES ..... page 24

A - D'ordre général

1 - Les lésions de la cornée

2 - L'âge et le sexe

3 - Les antécédents allergiques

B - Les tests cutanés

C - Autres facteurs

1 - Facteurs psychiques

2 - Facteurs d'irritation

3 - Les facteurs héréditaires

4 - Les facteurs organiques

D - Discussion

E - Traitement

1 - La désensibilisation

a. Résultats obtenus à partir de 13 cas ayant un recul de 3 ans ou plus

α échecs
β améliorations
γ très bons résultats

b. Résultats obtenus chez 4 cas ayant un recul insuffisant

α échecs
β succès

2 - Autres traitements

a. L'éviction de l'allergène

b. Prévention et traitement

c. La corticothérapie

d. Traitements chirurgicaux

e. La climatothérapie

f. Les gammaglobulines

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

- I N T R O D U C T I O N -

La conjonctivite printanière a été individualisée et décrite depuis la deuxième moitié du siècle dernier par des auteurs tels que ARLT en 1846 et DESMARRES en 1855. Elle prend son individualité avec SAEMISCH en 1872. Depuis cette époque les recherches se sont attachées à éclaircir les nombreux problèmes étiologiques et pathogéniques de cette maladie. A ce propos, rappelons que HERBERT en 1903 met en évidence l'eosinophibie conjonctivale.

Actuellement toutes les questions que pose cette maladie ne sont pas encore résolues. Si de nombreuses théories ont été avancées, il semble aujourd'hui que l'on puisse définitivement faire rentrer la conjonctivite printanière dans le cadre des maladies allergiques.
Cette affection apparaît aujourd'hui comme étant une manifestation d'une hypersensibilité de la conjonctive et de la cornée dont le mécanisme immunologique n'est pas encore complètement précisé. Par contre un grand nombre d'allergènes exogènes sont directement mis en cause dans le déclenchement de la maladie. A côté de ceux-ci des facteurs constitutionnels, physiques endocrinologiques et psychiques jouent un rôle déterminant.

Notre but est de tirer partie de 21 observations de conjonctivite printanière étudiées dans le service d'allergologie du professeur agrégé P. GERVAIS de la Fondation A. de Rotschild de façon à apporter quelques preuves àl'appui de cette théorie, mais aussi pour faire ressortir l'intérêt d'un traitement sans doute appelé à tort désensibilisation spécifique.

.../...

/...

La conjonctivite printanière est une inflammation bilatérale et récidivante des conjonctives à prédominance printanière et estivale, d'évolution spontanément régressive. Cette définition semble aujourd'hui incomplète. Toutefois elle a le mérite de faire ressortir l'aspect clinique de cette affection dont nous allons faire un rappel puis envisager successivement un résumé des observations et les constatations et remarques que l'on peut faire à leur propos.

I - D I A G N O S T I C -

Le diagnostic de conjonctivite printanière a été porté dans la quasi totalité des cas par le service d'ophtalmologie du Dr. MAWAS de la Fondation.
Nous ne mettrons pas en cause les différents arguments cliniques et anatomopathologiques qui forment, nous l'avons dit, un tableau bien défini et nous nous contenterons ici de faire un rappel de ces principaux caractères.

A - ASPECTS CLINIQUES.

1) D'une façon générale :

Elle est rare en France, par rapport aux autres conjonctivites dites allergiques, et s'y rencontre essentiellement sous sa forme palpébrale. Beaucoup plus fréquente dans les pays chauds et en particulier près de nous sur le littoral méditerranéen où la forme limbique serait prédominante.
C'est une affection de l'enfant et plus spécifiquement du jeune garçon.
Son apparition est sporadique et les cas familiaux exceptionnels
Son caractère saisonnier lui a donné son nom. Certes on distingue deux périodes évolutives différentes : La période chaude de mars à octobre où les poussées apparaissent et se succèdent, influencées notamment par la luminosité et la chaleur ; La période froide, de novembre à février s'accompagne d'une régression habituelle des signes fonctionnels rendant l'affection supportable. La maladie proprement dite ne disparaît pas.
Sa régression est spontanée. En effet après avoir évolué une dizaine d'année elle disparaît après vingt ans.

.../...

Son pronostic est bon. Seules les lésions cornéenes peuvent entraîner des séquelles et assombrir celui-ci.

2) Les signes fonctionnels :

Ce sont ceux rencontrés dans la plupart des autres conjonctivites.
Le prurit, ou la sensation de brûlure, est presque constant. C'est un des signes le plus précoce et le plus tenace. Son intensité peut être intolérable et semble accentué par la chaleur et l'humidité. Il est surtout prononcé dans la forme palpébrale ou en cas de kératite.
La photophobie très fréquente est le signe le plus invalidant, imposant parfois aux enfants de rester chez eux dans l'obscurité.
La sensation de corps étranger y est très précise et semble plus souvent rencontrée que dans les autres conjonctivites allergiques.
Le larmoiement est également un signe précoce et traduit une hypersécrétion dont nous reverrons les caractères anatomopathologiques.
Enfin les sujets se plaignent souvent d'une sensation de lourdeur des paupières que l'on peut rapprocher du pseudo-ptosis souvent observé chez ces sujets, leur donnant un aspect somnolent.

3) Les signes physiques :

Ils sont par contre caractéristiques.
Ils sont bilatéraux mais peuvent prédominer d'un côté, tout au moins au début.
On distingue deux formes cliniques principales qui peuvent s'associer. Ce sont les formes palpébrale et limbique ou bulbaire. S'y ajoutent des lésions de la cornée extrêmement fréquentes et qui à elles seules posent le véritable problème pronostic de l'affection.

.../...

a) la_forme_palpébrale est la plus fréquente en France. Elle est localisée à la conjonctive tarsienne supérieure. Une atteinte de la paupière inférieure est sans conteste un signe de gravité. Le fornix par contre n'est jamais atteint.

Dans un premier temps toute la conjonctive est hyperhémiée, les signes fonctionnels sont à leur maximum en particulier prurit, larmoiement et photophobie.

Puis l'aspect devient pavimenteux. Il est dû à l'apparition de papilles plates, fermes, polygonales, irrégulières donnant à la conjonctive un aspect de mosaïque laiteuse, rouge par endroits, pâle en d'autres. Ces lésions prédominent au niveau du bord proximal du tarse supérieur.

Cette forme évolue vers un aspect granulomateux caractéristique avec des papilles géantes séparées par des sillons très nets, comblés d'une secrétion visqueuse formant un film pseudo-membraneux sur toute la surface des lésions.

La vascularisation des papilles est très particulière. En effet elles sont centrées par un petit vaisseau perpendiculaire à sa surface. Cette caractéristique peut être mise en évidence dès le début de l'évolution au biomicroscope.

b) la_forme_limbique, beaucoup plus rare en France confère à l'affection une grande part de son originalité.
Elle débute par une inflammation de la conjonctivite bulbaire, puis un épaississement, un élargissement et une opacification du limbe, prédominant au niveau du cadran supérieur mais pouvant devenir circulaire. On observe dans cet épaississement des nodules limbiques caractéristiques, saillants, gélatineux, jaunâtres, qui sont également centrés par des vaisseaux. Ces lésions sont coiffées par des taches blanchâtres pathognomoniques de la maladie.

.../...

c) les formes mixtes associent à des degrés divers les deux aspects précédents. Elles se rencontrent relativement souvent

d) les lésions de la cornée sont très fréquentes. On peut schématiquement les classer en deux familles :

- soit extension des lésions limbiques dans les formes sévères,
- soit kératites d'origines diverses mais n'apparaissant pas être en rapport avec un processus expansif direct.

Dans les formes limbiques sévères les lésions peuvent en effet s'étendre à la cornée ; l'épithélium cornéen est alors envahi par des végétations identiques à celles du limbe. Elles peuvent soit disparaître complètement en période de rémission, soit persister sous forme d'une taie cornéenne permanente. Lorsque la forme limbique évolue ces lésions peuvent prendre l'aspect d'un pseudo-pannus avec néoformations vasculaires importantes superficielles, ressemblant à la forme active mais avec des opacités plus fines, plus localisées, ponctuées et parfois confluantes.

Toutes différentes sont les lésions du deuxième type, souvent rencontrées dans les formes palpébrales.
Soit kératite ponctuée superficielle prédominant sur le cadran supérieur de la cornée mais pouvant également recouvrir toute sa surface.
Soit kératite ulcéreuse qui peut entrer dans le cadre des complications de la kératite épithéliale. C'est une ulcération le plus souvent ovale, de la partie supérieure de la cornée, non vascularisée.

B - ANATOMO-PATHOLOGIE.

1) Histologie des lésions :

Les lésions histologiques sont aussi par certains de leurs aspects, caractéristiques de la conjonctivite printanière.

On distingue suivant les temps :

- une hyperphasie considérable du tissu fibreux,
- une infiltration cellulaire à prédominance d'eosinophiles,
- une dégénérescence hyaline ou même graisseuse,
- une prolifération épithéliale spectaculaire associée à une hypervascularisation.

Ces signes se rencontrent sur toute la conjonctive et varient seulement dans leur importance lorsque les nodules apparaissent et se développent.
Dans la forme palpébrale une prolifération de tous les tissus conjonctifs apparaît. Le tissu fibreux prolifère vers l'épithélium de surface.
S'y associe une infiltration cellulaire importante faite de lymphocytes, de cellules plasmatiques et surtout d'éosinophiles. Ils sont les plus nombreux, les plus précoces et ne semblent pas disparaître pendant les rémissions. Ils sont nombreux au niveau des couches superficielles et pénètrent l'épithélium pour se retrouver dans les sécrétions.
Pendant les périodes de rémission on note une nette prédominance de mastocytes qui semble bien correspondre comme nous le reverrons à une importante fixation des immunoglobulines E.
La dégénérescence hyaline affecte principalement les fibres collagènes. Une telle hyalinisation ne s'observe pas dans les autres conjonctivites allergiques.
L'épithélium recouvrant les papilles s'épaissit considérablement et de ce fait le nombre de couches passe à cinq voire dix ou plus. Il devient irrégulier, oedémateux.
Dans la forme limbique on retrouve les même signes fondamentaux. Toutefois le tissu conjonctif prolifère moins par rapport à l'énorme prolifération épithéliale qui réalise 30 à 40 couches cellulaires. La membrane basale reste intacte.

2) <u>La secrétion</u> :

Sa formation peut être favorisée par différents moyens physiques comme le massage de la paupière en place ou l'exposi-

tion à la lumière de la conjonctive après éversion de la paupière supérieure.

Elle contient du mucus, des cellules épithéliales mononuclées, des leucocytes et dans la grande majorité des cas un très grand nombre d'éosinophiles.
Son PH est alcalin.

Plus récemment BRAUNINGER met en évidence dans les larmes une augmentation nette d'immunoglobuline E dans la totalité des cinq cas de conjonctivite printanière qu'il a observés.

A ce sujet rappelons que l'Immunoglobuline E est présente dans le sérum et des larmes de tous les sujets mais en très faible quantité. Les IgE sont dosées par des techniques radio-immunologiques qui ne permettent pas de préciser leur spécificité. Produites par des lymphocytes elles se fixent sur des cellules-cibles, mastocytes en particulier.
Il a été démontré que seul le sérum contenant de l'IgE possède une activité réaginique qui est supprimée par des anti-IgE et non par les anticorps des autres immunoglobulines.
Enfin cette IgE est augmentée dans les affections allergiques communément classées dans le cadre de l'"atopie" des anglo-saxons.

C - AU TOTAL.

Le diagnostic de conjonctivite printanière reste aujourd'hui encore essentiellement clinique. Toutefois les récentes découvertes anatomopathologiques et immunologiques vont sans doute permettre une plus grande précision du diagnostic, surtout pour la différencier des autres conjonctivites allergiques.

.../...

II - LE BILAN ALLERGOLOGIQUE -

A - GENERALITES.

Il est systématiquement mené chez tous les sujets porteurs de conjonctivites printanières. Les explorations se font essentiellement à l'aide de scarifications pour les pollens et graminées, car sinon ils peuvent donner des réactions très violentes, et d'intradermoréactions pour les autres allergènes.
Aucun oculotest n'a été pratiqué dans cette série car il est comme très désagréable sinon dangereux.

Les tests cutanés sont lus à quatre moments successifs. Au bout de quelques minutes, puis 6 à 8 heures, et à nouveau 24 et 48 heures après.

La positivité des tests est appréciée en fonction du diamètre de l'érythème et de la papule apparus à une concentration donnée. Ils sont consignés sous forme de croix.
Nous nous limiterons dans l'exposé des observations à ne mentionner que les tests dont la positivité ne fait pas de doute.

Enfin il faut noter l'importance des réactions focales observées à la suite d'un test cutané et qui traduisent un rapport indiscutable entre l'allergène employé et l'affection.

B - SCHEMA.

Voici un schéma des tests pratiqués trois jours de suite avec les doses employées.

.../...

le premier jour :

1 - cuti-réaction témoin
cuti-réaction à la tuberculine
intradermoréaction (ID) témoin
2 - ID caudidine à 1/100 000
" " " 1/10 000
ID moisissures 1 à 1/1000
" " 2 " "
" " 3 " "
" " 4 " "
3 - vaccin streptocoque 1/100
staphylocoque "
divasta "
proteus "
pneumocoque "
CCB "
colibacile "
streptocoque A "
M R V "
épidermophyton 1/1000
trichophyton 1/1000

le deuxième jour les pneumallergènes

poussières 1/5 000 000
" 1/500 000
" 1/50 000
" 1/5 000

plumes : aux mêmes dilutions que les poussières

Mais aussi en fonction de l'interrogatoire.

Les différents allergènes animaux en commençant à la dose de 1/1 000 000.

.../...

le troisième jour : les pollens en scarification.

graminées	1/100 000
	1/10 000
	1/1 000
arbres	1, 2 et 3
weeds	1, 2 et 3.

Tous ces allergènes proviennent de l'Institut Pasteur à l'exception des pollens qui viennent de l'Institut Mérieux.
Ce bilan est fait systématiquement et en fonction des réponses il peut s'étendre et devenir plus spécifique.
Enfin une réaction positive doit toujours être contrôlée, ne serait-ce que pour suivre l'évolution du seuil de sensibilité.
Chez les tout petits enfants l'interprétation peut être difficile et la pratique du bilan risque de se transformer en véritable supplice.
Il nous est donc arrivé chez eux de sélectionner les allergènes cutanés et de ne pas pratiquer la totalité du bilan.

III - LES OBSERVATIONS -

Voici un résumé des 21 observations de conjonctivite printanière étudiées dans le service. Nous insisterons essentiellement sur leur intérêt allergologique. Elles ont été classées par ordre alphabétique.

Observation 1 :

- jeune garçon né le 3/6/67 qui vient consulter la première fois le 2/8/72 à l'âge de 5 ans
- sans antécédents familiaux ni personnels en dehors d'une adénoïdectomie en 70
- il présente une conjonctivite bilatérale tous les ans en mars avril depuis plusieurs années. Sans amélioration au traitement et en particulier à cinq allerglobulines.
- il présente une mycose unguéale des orteils
- l'eosinophibie sanguine est à 7 %
- tests cutanés positifs à la candidine 1/10 000, poussière et plume sont négatifs à 1/5 000
- la désensibilisation commence le 14/8/72 par
  1/50 millionième de poussière et
  1/10 millionième de candidine,
  le 21/3/73
  1/50 000 de poussière
  1/10 000 de candidine
- l'amélioration clinique a été très nette dès le début du traitement et sans incidents ; l'état actuel est très satisfaisant.
- remarques :
  le recul est très insuffisant, toutefois on note l'inefficacité des allerglobulines et la très nette amélioration ressentie et observée. Enfin si la désensibilisation porte outre sur

la candidine, sur la poussière c'est en partie à cause d'un argument de fréquence.

Observation 2 :

- garçon né le 27/9/62 qui vient pour la première fois en 69 à l'âge de 7 ans.
- peu d'antécédents familiaux, à savoir asthme chez une tante. Aucune association personnelle.
- conjonctivite palpébrale avec hyperhemie bulbaire et phlyctènes cornéens fixant la fluoresceine.
- tests cutanés positifs à la poussière 1/5000 ++, plume 1/500 ++, pollens de graminées +, weeds 3 +.
- traité par désensibilisation à la poussière avec une réaction focale après la première dose de 1/500000.
  La posologie est réadaptée à 1/500 millionième avec une injection d'allerglobuline.
  Nette amélioration en 70 sans rechute. En 71 légère poussée en avril à 1/500 000 ; état très satisfaisant motivant un arrêt du traitement pendant l'hiver.
  Très forte poussée en 72 très bien améliorée par la reprise du traitement puis doses d'entretien 1/5000 toutes les 3 semaines.
- remarques :
  le résultat est très satisfaisant en dehors de la rechute au printemps 72 qui aurait sans doute pu être évitée par un traitement d'entretien pendant l'hiver. Notons l'intérêt de la réaction focale.

Observation 3 :

- garçon né le 24/10/60 vient consulter le 15/6/67 à l'âge de 6 ans.
- sans antécédents familiaux et personnels.
- conjonctivite printanière typique avec ulcération de la cornée de l'oeil droit.

- tests cutanés positifs à la poussière au 1/500 000, à la plume au 1/5000, douteux au CCB et très positif au Divasta.
- la désensibilisation à la poussière commence en septembre 67 à la dose de 0,10 cc de 1/500 000 suivie d'une nette amélioration prolongée ; deux légères rechutes en mai 69 et août 70 alors qu'il a été noté du pus dans son oeil droit et qu'il avait une dose de 0,50 cc à 1/500.
- remarques :
  résultat très satisfaisant avec un abaissement du seuil de sensibilité remarquable. Il faut remarquer le rôle de l'infection dans le déclenchement des rechutes.

Observation 4 :

- garçon né le 26/3/62 vient consulter le 8/9/70 pour conjonctivite printanière sévère à l'âge de 8 ans.
- antécédents familiaux, une soeur ayant des problèmes cutanés allergiques (sans précision), et personnels, asthme et allergie à la streptomycine.
  -adénoïdectomie en 70
  la maladie débute au mois de mai 70 au cours d'un séjour en Haute Savoie.
- tests cutanés positifs à la poussière au 1/50 000, à la plume au 1/50 000 et à la candidine au 1/1000.
- la désensibilisation à la poussière débute en septembre 70 à la dose de 0,10 cc de 1/500 000.
  l'enfant fait une crise d'asthme en février 71. On associe alors une désensibilisation à la plume. Il présente de légères poussées au printemps et à l'automne 71 et en juin 72, mais l'état est toutefois satisfaisant. Enfin il présente une nouvelle crise d'asthme en octobre 72 à la dose de 1/50 000 de poussière de maison.
  en mars 73 l'état est très satisfaisant avec un traitement d'entretien d'une injection par mois.
- remarques :
  l'amélioration notée est nette malgré les crises d'asthme qui ont limité l'augmentation des doses d'allergène. On

peut en outre remarquer le rôle de la luminosité dans le déclenchement de la maladie.

Observation 5 :

- garçon né le 4/8/57 qui vient consulter en 1964 à l'âge de 7 ans
- il a présenté un eczéma diathétique de 1 à 9 mois et a subi une adenoïdectomie
- c'est une forme majeure limbique
- les tests cutanés sont positifs au streptocoque A et à la poussière au 1/5000.
- traité par une injection de gammaglobulines et une désensibilisation à la poussière. L'amélioration est nette, très légère rechute au printemps 65 sans lésions limbiques et à nouveau en janvier 66.
  on le quitte avec un traitement d'entretien d'une injection par mois à la poussière au 1/5000.
- remarque :
  une des rares formes limbiques observées, la désensibilisation apporte une très nette amélioration, seules deux poussées printanières sont notées.

Observation 6 :

- garçon né le 5/9/52 qui a commencé sa conjonctivite printanière en 59 à l'âge de 7 ans.
- il présente dans ses antécédents un grand-père asthmatique. lui-même est porteur d'eczéma et sujet à des poussees d'urticaire alimentaire.
- kératite en 61
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/50 000, à la plume aux poils de chat et aux pollens de graminées.
- la désensibilisation à la poussière débute en décembre 61 à la dose d'une injection par semaine de 0,60 cc au 1/500000. Il fait une réaction syndromique en février à la dose de 1/50 000.

.../...

Les résultats sont très satisfaisants en dehors d'une poussée en décembre 63 et novembre 64.
en 65, 66 et 67 il est suivi avec une dose d'entretien de 0,90 cc au 1/500 000.

- remarques :
très bons résultats de la désensibilisation en restant à des doses assez diluées.

Observation 7 :

- garçon né le 22/2/54 vient consulter à l'âge de 16 ans en 70 pour une forme palpébrale typique
- ses antécédents familiaux ne comportent qu'une grand-mère asthmatique. Pour sa part il a présenté de nombreuses sinusites.
Surtout il est apprenti coiffeur depuis quelques mois et a présenté sa conjonctivite après utilisation d'une teinture liquide
- les tests cutanés sont positifs à la Colorelle Excellence avec réaction focale, et à la Colorelle Alezan
Mais aussi aux colibacilles, protéus, streptocoque A de même qu'à la poussière de maison au 1/50 000 aux plumes, graminées et weeds 2.
- le traitement préconisé consiste à suprimer l'allergène déclenchant et une désensibilisation à la poussière à partir de 1/500 000 en essayant de monter jusqu'au 1/5000.
- remarques :
le bilan allergologique montre une polysensibilisation remarquable ; le cosmétique employé a sans doute eu pour rôle de déclencher la maladie et peut être de transformer la conjonctivite en organe choc.
La désensibilisation a été pratiquée en ville et des nouvelles récentes nous apprennent que les résultats ont été excellents.

.../...

Observation 8 :

- garçon né le 6/5/58 vient consulter à l'âge de 11 ans pour conjonctivite printanière typique avec kératite ponctuée
- dans les antécédents on retient des parents grainetiers et chez lui un renforcement des troubles au moment des moissons
- les tests cutanés sont positifs aux céréales, maïs, poussière de graine, luzerne et trèfle ; la poussière de maison au 1/50 000 la plume et les pollens de graminées.
- la désensibilisation à la poussière est recommandée ; malheureusement l'enfant est perdu de vue
- remarques :
  pas de traitement mais une polysensibilisation très importante sans autre manifestation allergique.

Observation 9 :

- garçon né le 5/7/66 vient consulter en octobre 71 à l'âge de 5 ans,
- on retrouve des blépharites chez le père et dans sa famille ainsi qu'un eczéma chez le grand-père. Lui même présente des rhinites fréquentes.
- c'est une forme palpébrale typique avec ulcération de la cornée
- les tests cutanés sont positifs aux streptocoques A, moisissure 3 à la plume au 1/50 000 et à la poussière de maison au 1/5000.
- remarque :
  malheureusement ce malade a été perdu de vue, toutefois on note à nouveau une polysensibilisation et une cornée ulcérée.

Observation 10 :

- garçon né le 24/9/58 qui vient consulter en mai 66 à l'âge de 8 ans.
- les antécédents allergiques sont importants.
  Deux tantes sont asthmatiques et son père sujet au rhume des

foins. Quant à lui il présente un eczéma diathétique et de l'asthme depuis l'âge de 6 ans.

- c'est une forme palpébrale majeure avec des ulcères de la cornée très sévères
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/500 000, à la plume au 1/500 000 à la candidine au 1/1000, aux moisissures let 2 et aux pollens.
- après un essai de désensibilisation per os et des cures climatiques il subit une keratectomie et une cryocoagulation des papilles en 68.
  La désensibilisation sous-cutanée à la poussière est entreprise en 1969 à la dose de 1/50 000 000. Elle se traduit par une amélioration nette de l'asthme mais aussi par une augmentation de fréquence des ulcérations cornéenes ce qui nécessite l'arrêt du traitement pendant 3 mois. La reprise de la désensibilisation se fait en associant la poussière aux pollens de graminées : les résultats sont très satisfaisants malgré une erreur de dosage qui entraîne une réaction syndromique avec ulcère cornéen en mars 72.
- remarques :
  forme très sévère avec des ulcères cornéens récédivants et invalidants ; la désensibilisation a toutefois amené une certaine amélioration de la conjonctivite, quant à l'asthme il a presque totalement disparu de la symptomatologie.

Observation 11 :

- garçon né le 25/8/56 qui vient consulter le 7 avril 62 pour une forme mixte grave à l'âge de 6 ans,
- les antécédents sont importants. La mère est asthmatique et eczémateuse ; l'enfant souffre d'eczéma atopique, de rhinites spasmodiques et d'asthme.
- l'éosinophilie sanguine très importante à 23 %.
  Il présente au niveau de l'oeil gauche une kératite ponctuée et à droite un pannus associé à un ulcère paracentral ; les papilles palpébrales sont très volumineuses.
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/500 000 et à la plume au 1/50 000.

- une désensibilisation per os est mise en oeuvre en 62 mais doit être arrêtée à cause d'une aggravation de l'asthme et de la conjonctivite.
  La climatothérapie est alors indiquée et une amélioration est obtenue en montagne.
  En 68 une poussée importante avec ulcère de la cornée impose l'hospitalisation en chambre hypoallergique qui entraîne un très bon résultat permettant une excision du tarse et de la conjonctive faisant baisser l'éosinophibie de 17 à 8 %.
- remarques :
  cet enfant a été traité au début par une désensibilisation per os qui s'est soldée par un échec. Nous savons maintenant la valeur relative et surtout l'imprécision de cette méthode.
  La climatothérapie et l'hospitalisation hypoallergique ont été très utiles ; cet enfant est le seul a avoir présenté une baisse notable de la vision dûe aux lésions cornéenes.

Observation 12 :

- garçon né le 26/10/63 qui consulte la première fois en juillet 71 à l'âge de 7 ans.
- les antécédents personnels se réduisent à des rhinites fréquentes.
- les tests cutanés sont positifs aux moisissures 4 entraînant une réaction focale, ainsi qu'à la poussière de maison au 1/5000
- la désensibilisation à la poussière débute le 10/9/71 par 0,05 cc au 1/50 000. Elle est suivie d'une très nette amélioration.
  En 72 il observe un simple picottement au mois de mars et le 13 avril 73 son état est très satisfaisant à la dose de 1 ml au 1/5000.
- remarque :
  Le recul est insuffisant mais les résultats obtenus sont à ce jour excellents.

.../...

Observation 13 :

- garçon né le 13/4/65 qui vient consulter en octobre 70 à l'âge de 5 ans,
- les antécédents comportent une soeur porteuse d'un eczéma diathétique et le grand-père paternel asthmatique. lui-même est porteur d'un eczéma depuis l'âge de 9 mois.
- la conjonctivite printanière a débuté dès l'âge de 2 ans avec récidive au mois d'avril de l'année suivante, s'associant alors à une kératite ponctuée et ulcération de l'oeil gauche
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/500 000, à la plume au 1/5000, aux pollens et à la farine au 1/100 000 L'hospitalisation en chambre hypoallergique améliore très nettement son état fonctionnel oculaire.
  La désensibilisation à la poussière débute en novembre 70 à la dose de 1/5 000 000 associée à une désensibilisation à la farine au 1/100 000 000.
  Mais après une rechute en août 71 la reprise du traitement entraîne une forte réaction syndromique avec revascularisation et extension des plages empiétant sur la cornée à partir du limbe.
- remarques :
  la désensibilisation a été très difficile à mener dans cette forme grave en raison des réactions violentes qu'elle a entraînées.
  Nous notons encore l'aide efficace apportée par la chambre hypoallergique.

Observation 14 :

- petite fille née le 22/1/67 qui vient consulter le 10/7/69 à l'âge de deux ans,
- la conjonctivite printanière commence dès l'âge de 9 mois avec une photophobie très importante,
- les tests cutanés limités montrent une réaction positive au streptocoque A avec réaction focale.

- la désensibilisation au streptocoque A est commencée au 1/100 000 000 associée à une hospitalisation en chambre hypoallergique entraînant une amélioration.
  L'enfant est perdu de vue mais une lettre de l'Hôpital des Enfants Malades nous apprend que la désensibilisation après une amélioration de 10 mois est considérée comme un échec.
- remarques :
  nous retiendrons le très jeune âge de l'enfant et l'allergène microbien mis en cause.

Observation 15 :

- jeune homme né le 12/7/33 qui vient consulter en 63 à l'âge de 20 ans,
- les antécédents comprennent de l'eczéma chez la mère et un jeune neveu
  Lui-même a présenté un eczéma diathétique, des rhinites spasmodiques et semble-t-il des poussées de conjonctivite.
- Il s'agit d'une forme palpébrale typique s'associant à un eczéma des mains depuis la reprise de son travail (menuisier).
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/50 000, à la plume, au sapin, cibo et DD 430.
- la désensibilisation à la poussière commence en 63 à la dose de 0,25 cc au 1/500000 . L'amélioration immédiate est très nette non seulement pour la conjonctivite mais aussi pour l'eczéma.
  En 66 l'état est très satisfaisant à une dose d'entretien de 1/50 000 par mois.
- remarques :
  Le traitement a donné un bon résultat.
  On note l'âge avancé d'une part, et d'autre part la relation des poussées avec les reprises du travail semblant avoir eu un rôle déclenchant.

Observation 16 :

- petite fille née le 27/7/62 qui vient consulter en 69 à l'âge de 7 ans,
- dans les antécédents familiaux on remarque une soeur jumelle

et le grand-père maternel sont également asthmatiques.
Dans les antécédents personnels on relève une crise d'asthme, une amygdalectomie en 68, un prurigo strofulus et une dyshidrose.

- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/500 000, à la plume au 1/50 000 aux graminées, céréales et weeds 3.
- la désensibilisation à la poussière débute en décembre 69 à la dose de 1/5 000 000.
  On remarque dans l'évolution de légères poussées avec larmoiement au printemps et une sensibilité particulière au soleil.
  L'amélioration est nette, elle reçoit actuellement un traitement d'entretien tous les 2 mois à la dose en mars 73 de 0,20 cc à 1/500.
- remarques :
  la photosensibilisation semble ici jouer un grand rôle déclenchant. La désensibilisation a donné un très bon résultat malgré les légères poussées.
  Enfin le seuil de sensibilisation s'est considérablement abaissé.

Observation 17 :

- garçon né le 3/4/68 qui vient consulter le 30/3/72 à 4 ans.
- les antécédents familiaux comportent une grand-mère eczémateuse et une mère urticarieuse. Lui-même a été atteint d'eczema du nourrisson, de toux spasmodique et de rhinopharyngites à répétition.
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/5000 très nettement,
- la désensibilisation à la poussière débute le 8/4/72 à la dose de 0,10 cc au 1/50 000, suivie d'une nette amélioration après une légère réaction focale.
  En mars 73 état très satisfaisant à la dose de 0,30 cc au 1/5000 tous les 15 jours.
- remarques :
  le recul est nettement insuffisant mais le résultat est toutefois très net. On remarque à nouveau une sensibilisation à la poussière.

Observation 18 :

- garçon né le 28/6/58 qui vient consulter en 1965 à l'âge de 7 ans,
- Il a présenté des crises d'asthmes, des rhinites spasmodiques, une très importante réaction à une piqûre de guêpe et un oedème de Quincke.
- Il s'agit d'une forme palpébrale majeure avec des tests cutanés positifs à la poussière au 1/500, à la plume au 1/50 000 à la candidine au 1/10 000 en 67.
- La désensibilisation à la poussière commence en 65 à la dose de 1/500 000 une fois par semaine ;
  l'amélioration est nette, régulière, sans accident particulier ;
  en 71 dose d'entretien de 0,50 cc à 1/5000. Il persiste de grosses papilles mais n'entraînant qu'une gêne fonctionnelle minime.
- remarques :
  La désensibilisation a donné un bon résultat. Il faut noter une piqûre de guêpe en 71 qui n'a pas donné de réaction.

Observation 19 :

- petite fille venant consulter à l'âge de 6 ans en 1963
- l'aspect est surtout dominé par une photophobie très invalidante.
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/50 000, à la plume au 1/5000 et aux pollens.
- la désensibilisation per os commence en 63 ; elle est suivie d'un excellent résultat et permet à l'enfant de mener une vie normale. Pendant la puberté on note des rechutes rythmées par les règles.
- remarques :
  la désensibilisation per os à la poussière a donné ici un excellent résultat d'autant plus spectaculaire que cet enfant était véritablement infirme à cause de la photophobie.

.../...

Observation 20 :

- adulte femme né le 20/9/37 qui vient consulter en 63 à l'âge de 26 ans pour une conjonctivite printanière mixte typique.
- les antécédents personnels notent un eczéma depuis l'âge de 6 ans ; en outre il présente un eczéma des paupières.
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/50 000, à la plume au 1/5000.
- remarques :
  Il n'a pas subi de désensibilisation à notre connaissance, l'ayant perdu de vue après une amélioration de son eczéma des paupières par traitement local.

Observation 21 :

- jeune garçon né le 30/8/62 qui vient consulter le 26/3/66 à l'âge de 4 ans.
- les antécédents familiaux comprennent chez le père eczéma et urticaire. La mère présente des troubles psychologiques importants.
  L'enfant présente un eczéma diathétique depuis l'âge de 3 mois
- les tests cutanés sont positifs à la poussière au 1/500 000, plume, pollens, moisissures, poils de chat et squames de bovins.
- Une désensibilisation à la poussière est tentée en 67 mais doit être abandonnée car très mal supportée à la dose de 1/5 milliardième.
  Un nouvel essai est entrepris en 70 suivi lui aussi d'un échec avec oedème de Quincke et aggravation de la conjonctivite à des doses de poussière au 1/50 000 000 associé à une dose de 1/10 000 000 de moisissures et pollens.
- le traitement s'est essentiellement composé de cures climatiques, en particulier à la montagne et de séjours en chambre hypoallergique lors des poussées évolutives importantes avec ulcère cornéen.
- remarques :
  le cas est particulier en partie par l'échec de la désensibilisation, mais surtout par l'imposante composante psychosoma-

tique. En effet cet enfant avait des poussées rythmées par les visites de sa mère lorsqu'il était en cure.

Ces observations imposent un grand nombre de constatations et de remarques tant d'ordre général que sur les plans de l'enquête allergologique et du traitement.

IV - CONSTATATIONS ET REMARQUES -

A - D'ORDRE GENERAL.

1) Les lésions de la cornée méritent qu'on s'y attarde car, par leur fréquence et leur risque de séquelles, elles représentent le seul véritable élément de gravité de cette affection en dehors du retentissement des signes fonctionnels.

Ces lésions ont touché la moitié des sujets observés dont un cas présente une nette diminution de la vision. Elles récidivent dans presque tous les cas à chaque rechute importante. Elles imposent une attitude thérapeutique active et à ce propos l'hospitalisation en chambre hypoallergique présente un grand intérêt.

Nous devons remarquer dans l'observation 10 que la désensibilisation a entraîné une augmentation de fréquence des ulcérations cornéenes que nous expliquons mal aux doses d'allergène employée

2) L'âge et le sexe des malades sont également trop particuliers pour être fortuits.

En effet 18 des 21 cas sont de sexe masculin et dans la très grande majorité des cas l'âge de survenue de la maladie se situe entre 4 et 8 ans.

Nous remarquerons un cas très jeune où la première poussée est apparue à l'âge de 9 mois et dont l'allergène majeur était le streptocoque A.

Parmi les 3 adultes jeunes observés des allergènes d'origine professionnelle semblent avoir jouer un rôle déterminant dans le déclenchement de la maladie.

A la suite de ces remarques il semble évident qu'il existe un facteur endocrinologique intervenant dans l'apparition et la régression de cette maladie. A ce propos nous rappelons le cas de cette petite fille dont les règles rythmaient les poussées.

3) Les antécédents allergiques familiaux et personnels sont très particuliers. D'une part à cause de leur fréquence : en effet 75 % des cas observés présentent ou ont présenté une et plus souvent plusieurs manifestations allergiques. De même on retrouve ces manifestations dans également 75 % des cas chez les parents proches.

D'autre part nous remarquons que toutes ces manifestations allergiques entrent dans le cadre des maladies atopiques des anglo-saxons. Ces maladies sont favorisées par l'hérédité et surtout caractérisées par des anticorps circulants "réaginiques" identifiables par la réponse précoce des tests cutanés.

Les principales associations retrouvées chez nos malades par ordre de fréquence :

- l'eczéma et en particulier l'eczéma diathétique
- l'asthme
- et plus rarement urticaire, rhume des foins, toux spasmodiques.

Ces notions sont importantes et concordent d'ailleurs avec les résultats de l'enquête étiologique.

B - LES TESTS CUTANES.

La pratique des bilans allergologiques nous a permis de relever un grand nombre de points importants.

- Tout d'abord il est impressionnant de constater à l'encontre de certains auteurs, le nombre considérable de réponses positives. En effet, tous les cas de conjonctivite printanière présentent un et plus souvent plusieurs tests cutanés positifs.

- Il est également fondamental de remarquer que 10 des 21 sujets ont présenté une réaction syndromique, soit au cours des tests cutanés, soit au cours de la désensibilisation après une dose trop forte d'allergène. Ces réactions syndromiques

.../...

établissent empiriquement l'existence d'un processus allergique dans la pathogénie de l'affection. Il faut préciser que les allergènes en cause semblent être ceux qui ont un rôle prédominant chez les sujets concernés. Ce ne sont pas tous les mêmes poussière candidine, microbe par exemple.

- Parmi les différents allergènes ayant donné un résultat positif, il en est un qui domine nettement par la fréquence, c'est la poussière de maison. En effet 19 des 21 cas observés présentent une hypersensibilité à la poussière. Ceci explique que la désensibilisation porte presque systématiquement sur cet allergène et que même en présence d'un test cutané négatif il soit associé à l'allergène prédominant comme dans l'observation 1.

- D'autres allergènes sont également importants à titre différent.

La plume a donné des tests cutanés positifs dans 16 cas. Son éviction de la literie est relativement facile.
Les pollens sont également souvent mis en cause dans 8 cas de même que d'autres pneumallergènes.

- Il semble que l'on puisse donner une place à part aux allergènes microbiens parmi lesquels le streptocoque A a une place prépondérante.

Ces antigènes microbiens jouent semble-t-il un rôle déterminant dans le déclenchement d'une poussée aigüe mais aussi par leur responsabilité dans la transformation de la conjonctive en organe choc ou organe cible de l'allergie.
Nous en rapprocherons les antigènes rares et le plus souvent professionnels qui sont mis en cause dans les observations 7 et 15 à savoir un cosmétique et le bois, et qui entrent dans le vaste cadre des allergènes de contact.

C - AUTRES FACTEURS.

En dehors des allergènes et plus particulièrement des pneumallergènes dont le rôle semble bien prépondérant dans la pathogénie de l'affection, un certain nombre d'autres facteurs

semble interférer pour réaliser les conditions de la sensibilisation.

1) Les facteurs psychiques :

L'observation 21 nous montre un exemple frappant de l'importance des facteurs psychiques dans le déclenchement des crises. Nous n'avons pas retrouvé dans d'autres observations une relation aussi frappante.

2) Les facteurs d'irritation :

Ils peuvent avoir un double rôle. Soit favoriser la localisation au niveau de la conjonctive d'une manifestation allergique dont ils ne sont pas les allergènes prédominants ; soit déclencher à ce niveau une hypersensibilité dont ils sont les allergènes prédominant sinon spécifiques.

Parmi ces facteurs il en est que l'on retrouve très souvent dans la conjonctivite printanière. Nous avons déjà parlé des facteurs infectieux et chimiques. Un grand nombre de facteurs physiques entre dans ce cadre et sont depuis lon temps connus. La lumière en particulier est très souvent rendue responsable du déclenchement sinon de la maladie du moins d'un grand nombre de rechutes. La photosensibilisation oblige ces enfants à vivre dans l'obscurité et à porter des lunettes noires.
La chaleur et l'humidité favorisent également l'apparition des rechutes.
Il en est de même de toute manoeuvre mécanique irritative motivée par le prurit et le larmoiement qui entretiennent l'affection.

3) Les facteurs héréditaires :

Nous avons déjà fait ressortir l'importance des antécédents allergiques familiaux. Il faut rappeler que la conjonctivite printanière est une maladie d'apparition sporadique. Nous ne pensons pas que la prédominance masculine soit à rattacher à

une notion de transmission génétique mais à un facteur endocrinologique.

4) Les facteurs organiques :

En effet parmi ceux-ci il semble bien que les facteurs endocrinologiques soient mis en cause dans la fréquence générale de la maladie. Il n'existe toutefois aucune preuve pour confirmer cette hypothèse. Il est malgré tout surprenant que l'affection touche principalement les garçons et qu'elle disparaisse après la puberté.

D - DISCUSSION.

Ces différentes constatations semblent donc démontrer l'existence d'un mécanisme d'hypersensibilité dans la pathogénie de la conjonctivite printanière.
Il faut rappeler à nouveau l'étude de BRAUNINGER qui confirme notre opinion. Il pense que l'Immunoglobine E représente un système immunitaire local de la muqueuse de l'oeil jouant le rôle de médiateur de phénomènes allergiques.
A ce propos il semble bien que la mastocytose observée corresponde à une fixation importante des Immunoglobines E.
Tous ces éléments permettent donc de rattacher définitivement la conjonctivite printanière au cadre de l'allergie.

E - TRAITEMENT.

Si les corticoïdes sont employés depuis longtemps et avec succès dans la conjonctivite printanière, la désensibilisation est plus récente. Pour être employée il fallait un certain nombre d'arguments allergologiques que l'on trouve dans l'enquête étiologique des malades étudiés.

1) La désensibilisation :

Avant d'étudier les résultats obtenus nous devons rappeler et préciser certains points au sujet de la désensibilisation.

Pasteur Vallery Radot et ses collaborateurs préfèrent le terme d'accoutumance spécifique transitoire.
Découverte de façon empirique la désensibilisation entraînela formation d'anticorps bloquant la réaction allergique antigène-anticorps. Toutefois le mécanisme d'action reste imprécis.
Nous n'avons employé que des allergènes par extraits aqueux en injection sous cutanée à concentration croissante et en espaçant les injections en fonction de la symptomatologie.
Il faut rappeler l'emploi de la désensibilisation per os qui depuis a été abandonnée car beaucoup moins précise et d'efficacité douteuse.

Les Résultats.

- L'interprétation des résultats est difficile car il s'agit d'une maladie à recrudescence saisonnière. Il semble donc que l'on ne puisse véritablement tenir compte que des résultats obtenus sur un traitement minimum de 3 ans.

- Parmi les 21 malades ayant subi des bilans allergologiques nous avons pu en suivre 17 dont 13 plus de 3 ans.

- Ils ont subi à l'exception d'un cas, une désensibilisation à la poussière de maison parfois associée à un autre allergène comme candidine ou plume.

a - Résultats obtenus à partir de 13 cas ayant un recul de 3 ans ou plus :

α) échecs :

Trois échecs ont été observés à propos des observations 11, 14 et 21.
Le traitement a toutefois amené une amélioration passagère dans le cas de l'hypersensibilité au streptocoque A chez cette toute petite fille de 2 ans.
C'est d'ailleursle seul cas n'ayant pas eu de désensibilisation à la poussière.

.../...

Dans le cas 11 il s'agit d'un essai de désensibilisation per os qui n'a pu être supporté.
Le seul échec de cette série à la désensibilisation sous cutanée à la poussière de maison est le cas 21 qui a répondu très violemment aux essais de traitement. La composante psychologique a peut être jouer un rôle.

β) Améliorations :

Deux améliorations ont été observées à propos des cas 4 et 10 sans que l'on puisse parler de succès à cause des incidents survenus au cours de l'évolution et en particulier l'augmentation de fréquence des lésions cornéenes. Toutefois l'aide apportée ne peut pas être négligée.

γ) Très bons résultats : (2, 3, 5, 6, 15, 16, 18, 19)

Sur les 13 cas de cette série nous retiendrons 8 très bons résultats où la fréquence et l'intensité des poussées ont très nettement diminuées ou disparues.
La concentration des doses d'entretien est le plus sou ent très élevée et l'abaissement du seuil de sensibilité parfois remarquable.
La désensibilisation apporte donc dans un grand nombre de cas une aide irremplaçable. Cette notion semble se confirmer parmi les observations dont le recul est insuffisant.

b - Résultats obtenus chez 4 cas ayant un recul insuffisant :

α) échecs :

Un échec (13) est observé malgré une amélioration passagère ; la reprise du traitement entraîne une forte réaction syndromique.

β) succès :

Les 3 autres cas (1, 12, 17) ont donné jusqu'à présent d'excel-

lents résultats; la désensibilisation permettant à ces enfants une vie normale.
Une étude en double aveugle serait nécessaire à la démonstration rigoureuse de l'efficacité de cette méthode thérapeutique.
Enfin nous soulignerons que les signes fonctionnels guérissent mieux que les signes physiques.
Si cette méthode thérapeutique donne des résultats satisfaisants à condition d'être pratiquée progressivement, et échelonnée sur toute l'année, il ne faut pas oublier les autres traitements de la maladie qui apportent toujours une aide précieuse.

2) Autres traitements :

a) L'éviction de l'allergène :
C'est une méthode simple et efficace pour certains allergènes fortuits.
En particulier la plume dont les tests cutanés nous ont montré l'importance.
Mais aussi les allergènes de contact le plus souvent professionnels.
Ainsi que les allergènes microbiens par les traitements antibiotiques locaux, voire généraux. La recherche de foyers infectieux stomatologiques et rhinopharyngés doit être systématique. Il en est de même pour les allergènes médicamenteux qu'il faudra éliminer de la pharmacopée familiale.
Rappelons l'importance des chambres hypoallergiques ou d'un séjour climatique.

b) Prévention et traitement :
Parmi les facteurs physiques la lumière est surtout mise en cause. Le port de lunettes noires, voire les bandages occlusifs ayant en outre l'intérêt de supprimer les allergènes de contact.
La psyclothérapie doit également être citée et avoir une place qu'on lui refuse souvent.

c) La corticothérapie :
Elle est efficace au cours de poussées aigues. Il est indispensable de l'employer à forte dose et pendant une longue durée.

.../...

Il est recommandé de l'utiliser en solution plutôt qu'en suspension, : quelques gouttes toutes les heures lorsque les signes sont importants ; de préférence continuer à dose faible pendant les phases de rémission.
Récemment une étude en double aveugle réalisée aux Etats-Unis a mis en évidence l'intérêt du cromoglycate disodique qui dans 22 cas aurait permis de diminuer la corticothérapie chez les sujets porteurs d'une hypersensibilité de type I.
Les corticodes sont très actifs dans la forme limbique où la prolifération peut disparaître complètement. Par contre les doses doivent être plus élevées dans la forme palpébrale et les résultats sont moins satisfaisants.
Enfin les corticoïdes sont particulièrement actifs sur les lésions cornéenes.

d) Traitements chirurgicaux :

Différents traitements ont été préconisés pour lutter contre les lésions elles-mêmes :
- protection de la cornée par des verres de contact,
- la cryocoagulation qui a encore beaucoup d'adeptes,
- l'excision du tarse donne des résultats très satisfaisants.

e) la climatothérapie :

La climatothérapie est fondamentale.
Elle permet d'apporter une aide sérieuse dans les formes graves où les traitements et la désensibilisation en particulier sont insuffisants.
La montagne semble le meilleur climat, hypoallergique, frais, sec
Par ailleurs, la Fondation A. de Rotschild bénéficie de chambres hypoallergiques qui nous ont rendu un très grand service dans les formes graves et en phase aigüe.
Les résultats sont, dans tous les cas spectaculaires, sur le plan fonctionnel.

?../...

f) Gammaglobulines :

Il faut noter l'emploi de gammaglobulines ou allerglobulines, le plus souvent au printemps et à l'induction de la désensibilisation. Leur action semble d'une manière générale favorabl et il n'a jamais été noté d'accident à leur propos.

- C O N C L U S I O N -

Au terme de cette étude de nombreux points restent imprécis. Toutefois il semble permis d'insister sur les éléments suivants :

1) L'aspect clinique et les lésions histologiques restent les meilleurs arguments diagnostic de la conjonctivite printanière permettant de l'individualiser vis-à-vis des autres conjonctivites allergiques.

2) La fréquence des antécédents allergiques familiaux et personnels est statistiquement très significative. A cet intérêt quantitatif s'associe un aspect qualitatif. En effet ces manifestations allergiques sont toutes de même ordre.

3) Des tests cutanés positifs ont été trouvés dans tous les cas de conjonctivite printanière. De nombreux allergènes sont mis en cause mais la poussière de maison est mise en cause dans la presque totalité des cas.

4) Un très grand nombre de facteurs, physiques, psychiques, endocrinologiques et constitutionnels, interviennent dans la détermination et le déclenchement de la maladie.

5) Tout un faisceau d'arguments permet définitivement de faire entrer la conjonctivite printanière dans le cadre de l'allergie et plus particulièrement de l'hypersensibilité immédiate dite "atopie" à anticorps réaginiques.

6) La désensibilisation à la poussière éventuellement associée à un autre allergène prédominant permet une amélioration certaine de l'affection sans que l'on puisse parler de guérison. Toujours est-il que les résultats obtenus imposent de proposer

.../...

cette méthode thérapeutique aux jeunes malades atteint de cette affection dont le retentissement sur la vie sociale peut être majeur.

7) Enfin l'importance des recherches menées actuellement au sujet de l'immunoglobine E apportent de nouveaux espoirs d'éclaircissement, non seulement sur le plan pathogénique mais aussi sur le plan thérapeutique. En effet TADA au Japon pense découvrir une méthode thérapeutique plus spécifique, qui inhiberait la formation de l'immunoglobine E.

---

12 Avril 1973
N° 2069M.

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1973.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'état)

Par

GIRARD Denis, François.

né le 1er janvier 1947 à Paris 12e.

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS

LA CONJONCTIVITE PRINTANIERE.

Etude de 21 cas dans un service d'allergologie.

Président, M. BREGEAT Professeur, M.

- B I B L I O G R A P H I E -

ABREGE D'ALLERGOLOGIE PRATIQUE.
Monographies choay 5 - R. ARON, BRUNETIERE. J. ROBIN

ALLERGIE - R. WOLFROMM. J. CHARPIN & D. HERMAN
Pathologie médicale 16 - Flammarion Mèdecine -

ALLERGIE EN OPHTALMOLOGIE - FONTAINE M dans
Pasteur Valley-Radot, R. WALFROM. J. CHARPIN &
B.N. HALPERN
Les maladies allergiques 1963 - Flammarion ed.

BULLETIN ET MEMOIRES DE LA SOCIETE FRANCAISE D'OPHTALMOLOGIE
1963 - Masson et Cie Ed.

IMMUNOGLOBULINE E in Human Tears. - G.E. BRAUNINGER, MD and YM
CENTIFANTO, PH. D.
Amer. J. of Ophthal. V 72 n& 3 1971 -

IMMUNOLOGIE GENERALE - La revue du praticien tome XXI n° 6
21 février 1971 -

IMMUNOPATHOLOGIE - La revue du praticien - tome XXI n° 22 -
ler septembre 1971 -

MEDECINE MONDIALE - n° 121 - 20 février 1973 -

OCULAR ALLERGY - Théodore et Schlossman - Williams et Wilkins
Editeurs.

SYSTEM OF OPHTALMOLOGY - Sir Stewart DUKE-ELBER - Ed Henry
Kimpton -